



Número: **0851998-30.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
WILMA AMORIM DE SOUZA (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34314 468	15/09/2020 11:15	<u>2750679_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190383482 Vítima: WILMA AMORIM DE SOUZA

Data do Acidente: 08/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). WILMA AMORIM DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14464934



011145/011146 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/09/2020 11:15:11
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009151115114880000032816556>
Número do documento: 2009151115114880000032816556

Nº 34314468 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190383482 Vítima: WILMA AMORIM DE SOUZA

Data do Acidente: 08/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILMA AMORIM DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidade Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indemnizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: WILMA AMORIM DE SOUZA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 0000002853-6

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima	Nome completo da vítima:	
	081 566 564 40	Wilma Amorim de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Wilma Amorim de Souza	CBF:	081 566 564 40
Profissão:	Ribeiro	Número:	36
Bairro:	Ribeiro	Complemento:	
E-mail:		Estado:	PB
		CEP:	58302-200
		Tel. (DDDI)	(83) 986634900

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo: Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3348 CONTA: 02853 6

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]**:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

MORTE
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcimento maior recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB - 17/06/19
 Nome: _____
 CPF: _____

(* Assinatura de quem assina o RGID.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 17 JUN. 2019
 COMPREV
 SEGUROSE PREVIDENCIAS
 PROJETO
 AG. JOÃO PESSOAS
 Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGID, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/09/2020 11:15:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091511151148800000032816556>

Número do documento: 20091511151148800000032816556

Num. 34314468 - Pág. 3

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 06285.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06285.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:23 horas do dia 06 de junho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Wilma Amorim de Souza**, CPF nº 081.566.564-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Frentista, filho(a) de Maria do Livramento Amorim e Jose Hilton de Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/04/1987 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Virginio da Gama e Melo, N° 200, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Santa Rita/PB, telefones para contato (83) 98760-8823.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Paralela a Br 230, Posto de Combustíveis, Santa Rita/PB, bairro Várzea Nova; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/12/18 01:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 08/12/2018, POR VOLTA DAS 01:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2014, PLACA QFA-8498/PB, CHASSI 9C2KC1680ER588500, REGISTRADA EM NOME DE WIDEILSA AMORIM DE SOUZA, NA RUA PARALELA A RODOVIA BR 230, ALTURA DO BAIRRO DE VARZEA NOVA, SANTA RITA/PB, QUANDO FOI ULTRAPASSAR UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO E NO MEIO DA MANOBRA O MESMO MUDOU DE DIREÇÃO REPENTINAMENTE VINDO PARA FRENTES DESTA NOTIFICANTE E PROVOCANDO UMA COLISÃO; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR PARTICULARS ATÉ A UPA DE TIBIRI E EM SEGUITA ENCAMINHADA AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM FRATURA DE DIAFISARIA DA ULNA ESQUERDA, CONFORME CERTIDÃO 0729/2019 ASSINADA PELA MEDICA CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA.

Sendo o que havia a constar, ciente(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 06 de junho de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR - COMPREV WILMA AMORIM DE SOUZA
Agente de Investigação - COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A, Noticiante

17 JUN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 06285.01.2019.1.00.401

1/1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima	Nome completo da vítima:	
	081 566 564 40	Wilma Amorim de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Wilma Amorim de Souza	CBF:	081 566 564 40
Profissão:	Ribeiro	Número:	36
Bairro:	Ribeiro	Complemento:	
E-mail:		Estado:	PB
		CEP:	58302-200
		Tel. (DDDI)	(83) 986634900

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo: Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3348 CONTA: 02853 6

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]**:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

MORTE
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcimento maior recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB - 17/06/19
 Nome: _____
 CPF: _____

(* Assinatura de quem assina o RGID.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 17 JUN. 2019
 Assinatura
 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGID, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/09/2020 11:15:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091511151148800000032816556>

Número do documento: 20091511151148800000032816556

Num. 34314468 - Pág. 5

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 188491 Atd: Nao Regul
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 08/12/2018
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 04:06:39
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES
FAX: () - CNPJ: Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: WILMA AMORIM DE SOUZA Num. Prontuario: 2018.12.000897
CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 3311011 Fone: 987000812
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/04/1987 Id: 31 ano(s)
End.: RUA/ VIRGINIO GAMA E MELO,200
Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF :PB
Mae: MARIA DO LIVRAMENTO AMORIM Pai: JOSE HILTON DE SOUZA
Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Ocupação: FRENTISTA SEM ESPECIFICACAO Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: WILMA AMORIM DE SOUZA
Tel/Doc. Responsavel: 987000812 / IDENTIDADE: 3311011
Presidencia: UNIDADE DE SAUDE UPA DE SANTA RITA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO +CARRO HJ AS

Vitima de violência por: 01:50, EM VARZEA NOVA - SANTA RITA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
Tipo de Classificação de Risco:			
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Q a Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	
		Observacao	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

Dr. Fábio G.R. Borbozem
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILMA AMORIM DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 00000002853-6

Nr. da Autenticação 45518C305686F274



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/09/2020 11:15:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091511151148800000032816556>
Número do documento: 20091511151148800000032816556

Num. 34314468 - Pág. 7

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Recorte para simples pagamento da nota fiscalizada ou encontre online: Nº 025.235.534



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 250, Km 25 - Cidade Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-665
CNPJ 09.096.193 / 0001-46 - Insc. Est. 16.016.423-6

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

20/05/2019

CONSUMO

212

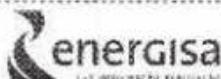
VENCIMENTO

27/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 191,04

Acesse: www.energisa.com.br

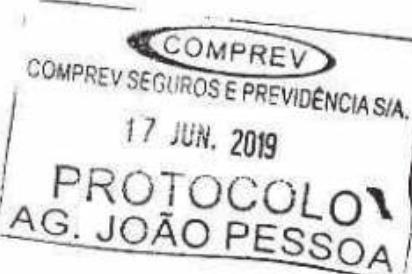


JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotelro: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/05/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/05/2019	R\$ 191,04	1600598-0010-18-4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/09/2020 11:15:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091511151148800000032816556>

Número do documento: 20091511151148800000032816556

Num. 34314468 - Pág. 9



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Wilma Amorim de Souza inscrita (a) no CPF sob o Nº 084.566.564-40,
da sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Wilma Amorim de Souza
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 084.566.564-40, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Rua Agente Fiscal José G. Duarte	Número:	157	Complemento:
Bairro:	Mangabeira	Cidade:	João Pessoa	Estado: PB CEP: 58056-384
E-mail:	(83) 986634900			

Local e Data:

João Pessoa - PB 17/06/19

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/09/2020 11:15:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091511151148800000032816556>
Número do documento: 20091511151148800000032816556

Num. 34314468 - Pág. 10

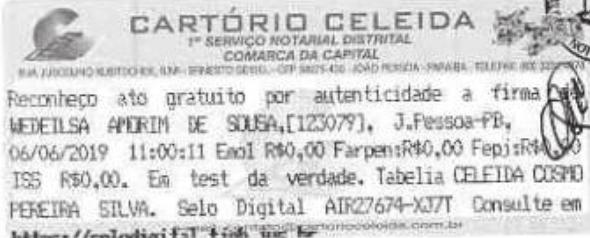
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Widilza Amorim de Souza,
RG nº 29127123, data de expedição 06/03/2016
Órgão PB, portador do CPF nº 035.482.994-25, com
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Santa Izabelina, nº 36,
complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Widilza Amorim de Souza, cujo o condutor era
Widilza Amorim de Souza.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA FAN
Ano: 2014
Placa: QFA 8498/PB
Chassi: 9G2KC1680 ER588500
Data do Acidente: 08-12-18
Local e Data: João Pessoa, 06-06-19

 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





CERTIDÃO

Nº. 0729/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº 188491 e Prontuário nº 2018.12.0897 pertencentes a paciente **WILMA AMORIM DE SOUZA** requerente que foi atendida dia 08/12/2018 às 04h06min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura diafisaria da ulna (antebraço) esquerda. Realizado procedimento cirúrgico no dia 14/12/2018 com alta médica no dia 15/12/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de maio de 2019

Christine M. Lyra
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 188491 Atd: Nao Regul
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 08/12/2018
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 04:06:39
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES
FAX: () - CNPJ: Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: WILMA AMORIM DE SOUZA Num. Prontuario: 2018.12.000897
CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 3311011 Fone: 987000812
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/04/1987 Id: 31 ano(s)
End.: RUA/ VIRGINIO GAMA E MELO,200
Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF :PB
Mae: MARIA DO LIVRAMENTO AMORIM Pai: JOSE HILTON DE SOUZA
Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Ocupacao: FRENTISTA SEM ESPECIFICACAO Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: WILMA AMORIM DE SOUZA
Tel/Doc. Responsavel: 987000812 / IDENTIDADE: 3311011
Presidencia: UNIDADE DE SAUDE UPA DE SANTA RITA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO +CARRO HJ AS

Vitima de violencia por: 01:50, EM VARZEA NOVA - SANTA RITA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
Tipo de Classificacao de Risco:			
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Q a Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	
		Observacao	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

Dr. Fidias G.R. Borbozem
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876

2

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO

Luisa Moreira Torres

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medi





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>WILNA ANTONIEN DE SOUSA</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>14/12/11</u>	Cirurgião: <u>Dr ALEXANDRE ALVES</u>			1º Assistente: <u>Dr YURI</u>	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>FX ULNA</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>O MCSMO</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>REDUÇÃO A BENCIA FIXAÇÃO IMPLANTA</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não			Descreva:		
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/09/2020 11:15:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091511151148800000032816556>
Número do documento: 20091511151148800000032816556

Num. 34314468 - Pág. 16

TIPO DE CIRURGIA:	DUPLA SERRA MARGINAL
ASSEPSIA + ASSSEPSIA	
APOSIÇÃO DE COMPOS ESTÉREIS	
Incisão:	LOWERTUBAR POSTERO MEDIAL EM ANTERIOR.
	POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA.
Achados:	RX DIAPISMO DA ULNA.
Conduta:	DESENGAMENTO DE tecidos DESVITRALIZANDO REALIZADO manobras DE REDUÇÃO SON ALK - ESCÓPIA APOSIÇÃO DE PLACA e PARAFUSO SON ALK - ESCÓPIA LIMPEZA SON SF 0,9% SUTURA DE PELC. CINTILIVO RX CONTROL.
Fechamento:	
OBS:	SE PACIENTE SEM QUEIXAS, ALTA PR OMAMPA.

Data: 14/12/18

Dr. Yury Cordeiro
Ortopedia e Traumatologia
[Handwritten signature]
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: _____

Nome: _____ Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____

QPD: _____

HDA: _____

*Painel de
sebe meteu distu*
Dr. Pádua G. P. Borboleta
CRM-PB 5395
CRM-PE 14654
SBOT 9826

Medicações em uso: _____



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/09/2020 11:15:11
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091511151148800000032816556
Número do documento: 20091511151148800000032816556

Num. 34314468 - Pág. 19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190383482 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILMA AMORIM DE SOUZA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA URNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190383482 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILMA AMORIM DE SOUZA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA URNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/09/2020 11:15:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091511151148800000032816556>
Número do documento: 20091511151148800000032816556

Num. 34314468 - Pág. 21

PROCURAÇÃO

Outorgante: Wilma Amorim de Souza, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Enfermeira, residente e domiciliado à Rua Santa Terezinha, nº 38, bairro Tebure, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep: 58300-200, portador(a) do RG nº 3311033, SSP/ PB e CPF nº 081.566.564-40.

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Faz. Col. Costa Rica, nº 167, bairro Tamágua, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58096-384, portador (a) do RG nº 1054562 SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Wilma Amorim de Souza, ocorrido em 06/06/18, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza invalido.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 06, de Junho de 2019.



Wilma Amorim de Souza
Outorgante
CPF Nº 081.566.564-40

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0204676/19

Vítima: WILMA AMORIM DE SOUZA

CPF: 081.566.564-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/12/2018

Titular do CPF: WILMA AMORIM DE SOUZA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

WILMA AMORIM DE SOUZA : 081.566.564-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/06/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/09/2020 11:15:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091511151148800000032816556>
Número do documento: 20091511151148800000032816556

Num. 34314468 - Pág. 23